



STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

تاریخ:

مؤکل نمبر: _____

زبان: _____

پروگرام: _____

آپ کو معذوری کی بنیاد پر نقد اعانت (کیش اسسٹنس) وصول ہو رہی ہے۔ ہم عمر رسیدگی، نابینا پن، یا معذوری کے پروگرام کے لیے آپ کی اہلیت کا جائزہ لیں گے:

کم از کم ہر 24 مہینوں پر۔

جب سوشل سیکیورٹی ایڈمنسٹریشن (SSA) آپ کی SSI یا SSDI کے لیے درخواست کو مسترد کرتی ہے۔

ہمیں آپ کے معذور کرنے والے نقائص سے متعلق تازہ طبی شہادت کی ضرورت ہو۔

یہ ضروری ہے کہ آپ مورخہ _____ تک طبی ثبوت فراہم کریں یا پھر آپ کے نقد وظائف WAC 388-449-0150 کے مطابق ختم ہوجائیں گے۔
تاریخ

آپ کے لیے درج ذیل معلومات فراہم کرنا ضروری ہے:

_____ ٹیلیفون:

_____ :CSO

_____ وقت

_____ SSI فیسلیٹیٹر